维普资讯 http://www.cqvip.com

临床多发生慢性肠梗阻，偶急性梗阻。肿瘤增大后可坏变、糜烂、溃疡、易出血，位于十二指肠或空肠近端者可反复呕血，位空肠远端及回肠者以便血为主，多慢性出血，偶急性大出血，每伴贫血。肿瘤也可溃破，多急性穿孔致弥漫性腹膜炎，少数慢性穿透形成局限性腹膜炎、腹腔脓肿或肠内瘘。位于十二指肠降部乳头及其邻近肿瘤每阻塞胆总管发生阻塞性黄疸，易并发急慢性胆管感染、胰腺炎，本组2例术前3～5月因胆管感染施行胆囊切除术，其中1例胆汁流量持续增多，并腹胀、发热，另1例黄疸日见增重，经胆总管造影、胆管镜检查或逆行胰胆管造影后证实十二指肠乳头腺癌，再作胰十二指肠切除而愈，在诊治上延误，引以为戒。另平滑肌肉瘤呈膨胀性生长，可缓慢浸润周围组织或脏器，肿瘤多较大，直径多＞6～10cm，形圆、光滑、质硬或具囊性感，稍活动。临床症状主要为腹痛、腹块、恶心呕吐、食欲减退、呕血便血、消瘦、发热、贫血、黄疸等[4]。纤维内窥镜检、影像学诊断如钡剂检查、CT、MRI、DSA、ERCP等有助于确诊。本组诊断率较高，主要得益于内镜及影像学检查。诊断一经确立，应以手术治疗为主，术式根据肿瘤部位、大小、浸润程度、全身情况、年龄等综合考虑。位于十二指肠降部及乳头周围者应作十二指肠切除，位于球部可选择连同球部的胃大部切除，位于横部及升部者，若肿瘤较小、局限、无浸润，可作节段性肠切除，较大者仍以根治性切除为宜。位于空回肠者应作根治性肠切除，包括肿瘤段及其近远端15～20cm肠袢，连同相应肠系膜及区域淋巴结，并先处理系膜血管，运用无瘤操作。位于回肠末端邻近回盲瓣者应作右半结肠切除。由恶性瘤引起的肠套叠不宜整复，以免播散，可整块作根治性肠切除。肿瘤邻接侵犯或浸润周围组织或脏器可一并整块切除，操作要轻柔，切忌挤压或搞破肿瘤。术中腹腔或肠腔内可灌注化疗药物，术后可配合化疗及综合治疗以提高疗效。

参考文献

1. 郑裕隆，赵乾元. 我国小肠肿瘤概况(附15094例分析). 肿瘤研究与临床，1997，9(3)：45.
2. Johnson AM. Primary small bowel malignancies. Am Surg，1985，5(1)：31.
3. Wilson JM. Primary malignancies of the small bowel，a report of 96 cases and review of the literature. Ann Surg，1974，180(2)：175.
4. 刘宝华. 原发性小肠肿瘤75例临床分析. 实用外科杂志，1990，10(6)：398.

(收稿：1998－09－02)

325例创伤临床治疗分析

王 瑛* 康宗莉* 孔建业*

我院自1991年1月～1997年12月共收治各类创伤患者325例。现对闭合性腹部损伤与多发伤的处理及伤情分析进行讨论。

一、临床资料

1.性别与年龄：325例中，男278例，女47例，年龄35～77岁。2.致伤原因：汽车致伤165人，自行车致伤111人，拖拉机致伤31人，其它伤者18人。3.伤情分类：骨折227例，其中上肢骨折115例，下肢骨折121例，脊柱、骨盆骨折37例。颅脑损伤32例。闭合性腹部损伤43例，多发伤者53例，合并休克者76例，出血量为500ml～3500ml。4.治疗：骨折开放内固定177人次，其余为手法复位、牵引、石膏外固定。开颅探查清除血肿15例，胸腔闭式引流10例，开胸探查肺破裂修补8例，脾破裂23例，其中脾切除18例，脾修补5例，肠管破裂7例，其中肠切除3例，肠破裂肠修补4例，脊柱探查减压8例，截肢7例，其中上肢2例，下肢3例，截足2例。死亡14例，死于出血性休克者3例，多脏器损伤者4例，重型颅脑损伤者7例。

二、讨论

由于车祸逐年增多，伤员成批出现，伤情复杂诊断困难，死亡率高。因此需要迅速抢救，原则是应按照：1.胸；2.腹；3.颅脑；4.四肢伤的顺序进行。

* 作者单位：833200 新疆奎屯市新疆兵团奎屯医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

(一)诊断:诊断与抢救同时进行,保持呼吸道通畅,尽快建立静脉通道。保证液体快速补入,凡病情允许者均行CT检查及X光拍片,腹腔穿刺、超声检查等。

(二)治疗:抢救成败的关键是:首先对伤员进行检伤分类,分出重伤员,对重伤员要及时检出危及生命之主要伤情,及时处理。92年我院抢救一起翻车事故伤,为了使11名伤员都能得到及时检查与处理,在其额部作了1、2、3~9、10、11标志,分工负责,全面检查,结果发现其中有三名不赋叫,安静不动者伤情最重,其中一名因重型颅脑损伤入院后半小时死亡,一名为脾破裂伴失血性休克,一名为肠系膜小动脉离断出血及肠穿孔,后两名均经及时剖腹探查脾切除,肠管破裂修补结扎肠系膜小动脉后痊愈出院。

1.正确处理颅内压增高与休克治疗的关系。外伤后常有颅内出血及脑水肿,使颅内压升高,临床表现为头痛、呕吐、视神经乳头水肿,脉搏慢,血压高。治疗上需脱水、利尿,防止脑疝发生为主,含钠液体会增加脑水肿,应少用。而严重腹外伤常伴有内脏破裂失血性休克,常需使用含钠液体,因此颅脑外伤伴颅内高压并发严重腹部外伤失血性休克时,在治疗中的矛盾非常突出,我们的作法是:(1)严重失血性休克时,先抢救休克,不用脱水剂,因休克时脑与其它器官都处于低灌流状态,不利于脑复苏,更不能甲脱水剂,宜大量用平衡液及胶体液,同时立即剖腹探查止血,待休克基本纠正后再酌情使用脱水利尿剂。(2)颅脑外伤明显而失血性休克不严重时,尽量选用胶体液,如输全血、血浆、人体白蛋白等,有效扩充血容量,又不至于加重脑水肿,还可酌情使用脱水剂。

2.闭合性腹部损伤的探查指征。凡外伤后血肿播及到腹膜时,均可出现腹痛,腹肌紧张,但不一定都有空腔脏器损伤,相反也有因此而遗漏腹腔脏器小穿孔者造成严重后果。因此选好剖腹探查时机是非常重要的,有下列情况时可考虑剖腹探查:(1)腹穿抽出不凝血或内容为胆汁等。(2)腹腔灌注为血性液,不排除后腹膜血肿、体征、症状加重者。(3)腹穿阴性,但B超、X光拍片检查膈下有游离气体或体征、症状继续加重经扩容休克不能纠正者。

3.腹部创伤合并骨盆骨折的处理:严重骨盆损伤时,常因血肿播散到腹膜后或前壁腹膜,患者出现腹部或局限性压痛,结合X光片、腹穿可排除内脏破裂出血。本组12例骨盆骨折患者,在抗休克及全面观察处理的同时,采用卧硬板床、悬吊、牵引等,未行开放手术,均痊愈出院。

4.闭合性腹部损伤合并泌尿系损伤的处理:本组有5例患者合并泌尿系损伤,其中1例后尿道断裂,行尿道会师手术,2例为后尿道血肿,排尿困难(1例经会阴切开清除血肿,1例经抗炎保守治疗),2例为肾挫伤、血尿,剖腹探查术中证实为肾周血肿,肾挫伤,经保守治疗而痊愈出院。

(收稿:1998-05-10)

112-113 抑肽酶 体外循环 手术中 应用 1f

抑肽酶在体外循环手术中的应用

沈永霞* 王桂闽 贺素云 R654.1

随着外科和体外循环(CPB)技术的发展,手术死亡率越来越低,然而,CPB术后渗血并发症时有发生,为了减少出血和大量异体血输入带给病人的危害,在CPB过程中采取一系列血液保护措施,其中大剂量的抑肽酶输入,保护血小板的功能,对减少术后出血起到非常重要的作用。

一、资料和方法

1.临床资料:治疗组310例中,男156例,女154例,年龄2岁~51岁,平均26.5岁,体重12.34kg~70.42kg,平均41.38kg,先心病155例,风心病95例,血管病、冠心病及其它60例,总转流时间90(±60.3)分钟,主动脉阻断时间50(±11.3)分钟,采用西京鼓泡氧合器190例,进口膜肺110例。对照组为我院1997年4月~1997年12月303例未用抑肽酶的体外循环手术病人。

2.方法:全部病例均采用气管插管全身麻醉,使用人工心肺机转子泵,流量60~120ml/kg/分钟,平均降温至食道温度28℃左右,体内肝素用量3mg/kg,机内肝

* 作者单位:610041 成都市华西医科大学附属第一医院